



Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria

16 artículo

María Soler Torroja [[Buscar autor en Medline](#)]



Atención comunitaria y promoción de salud: la atención primaria en una encrucijada

Aclarando conceptos

Una de las dificultades existentes al abordar el tema de la atención comunitaria es la confusión con algunos conceptos. Por atención comunitaria entendemos aquella que tiene como objetivo la atención al conjunto de una población, de una comunidad definida y que busca resultados en salud. Requiere de la intervención sobre los factores determinantes de la salud y la enfermedad, para lo que es necesario identificar las necesidades en salud en la población objeto de atención y los factores que las determinan. Siendo conocido que muchos de los problemas de salud emergentes (dependencia, inmigración en exclusión social, salud mental, riesgo cardiovascular, entre otras) tienen un origen multicausal, una de las características imprescindibles de la atención comunitaria es la necesaria intervención multisectorial y no sólo desde los servicios sanitarios.

La importancia de conocer y analizar el previsible futuro de las necesidades en salud y el papel que debería jugar la Atención Primaria se aborda en un artículo de éste monográfico ("El futuro de las necesidades en salud y la Atención Primaria").

La atención comunitaria tiene estrechas relaciones con la promoción de salud, entendiendo por ésta la acción de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma¹. Dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. La promoción de la salud es realizada por y con la gente y no le es impuesta; mejora la capacidad de los individuos para actuar y la capacidad de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los determinantes de la salud². Es por ello que la atención comunitaria lleva implícita la participación activa de los ciudadanos y sus organizaciones, de forma que la comunidad no es objeto pasivo de intervención sino sujeto activo en el cuidado y promoción de su salud. Los conceptos de intervención y participación comunitaria se entrecruzan y relacionan estrechamente, complementándose mutuamente.

La situación actual del desarrollo de la atención comunitaria en los equipos de Atención Primaria, aunque muy heterogénea, es en líneas generales deficitaria cuando no inexistente. Sin embargo, también son muchas las actividades de intervención y participación comunitarias que se desarrollan en toda España, algunas de las cuales pueden conocerse a través de la Red de Actividades Comunitarias (RAC) del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la SEMFYC (PACAP) y es importante conocer y analizar las causas.

Pertinencia de la Atención Comunitaria como parte de la Atención Primaria y su relación con la promoción de salud.

Desde hace ya varias décadas se insiste en la necesidad de fortalecer el primer nivel asistencial de los sistemas sanitarios públicos y en su reorientación para alcanzar resultados en salud. La tan mencionada e influyente Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata (**Kazajistán, 1978**) celebró su 25 aniversario hace ya 5 años, confirmándose no sólo su plena vigencia sino la necesidad de fortalecer y profundizar en sus recomendaciones. En la **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud** se recogen las conclusiones de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (Ottawa, 1986)¹ insistiéndose, entre otras recomendaciones (Tabla I), en la necesaria reorientación de los servicios sanitarios y el reforzamiento de la acción comunitaria, favoreciendo el desarrollo de las aptitudes personales. En la citada Conferencia se concluye que el sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de salud, más allá de la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos y se insiste en la importancia de crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos, asignando al personal sanitario la responsabilidad de actuar como mediadores entre los

bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Ottawa Charter for Health Promotion. Ginebra: OMS; 1986 (**en castellano**)
2. Organización Mundial de la Salud. The Yakarta Declaration on Health Promotion into de 21th Century. Ginebra: OMS; 1997 (**en castellano**)
3. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. **Parte Uno: Documento Base y Parte Dos: Libro de Evidencia**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo: 2000.
4. **OMS. Salud para todos en el Siglo XXI**. Anales del Sistema Sanitario de Navarra; 2001; 24 (1): 51-66
5. De la Revilla L, Siles MD, López LA. Participación e intervención comunitarias. En: Martín Zurro A, Cano JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier España: 2003

Ver  

enlaces

No hay enlaces de interés



intereses antagónicos y a favor de la salud. Prueba de la vigencia y proyección de futuro de estos planteamientos es la **Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI** como fruto de la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en 1997². En ésta Cuarta Conferencia se llama la atención sobre los nuevos desafíos que plantean los determinantes de la salud y la necesidad de desarrollar acciones intersectoriales, en las comunidades locales y dentro de las familias, estableciéndose prioridades para una alianza global para la promoción de salud (**Tabla II**).



La equidad en salud es uno de los objetivos fundamentales de casi todas las estrategias de promoción de la salud y ésta no significa que todo el mundo tenga el mismo estado de salud. La equidad en salud se centra en el ideal de que todas las personas disfruten de una igualdad de oportunidades que les permita llevar una vida sana en todo su potencial³. Es erróneo creer que la búsqueda de la equidad en salud tiene sentido fundamentalmente en los países en vías de desarrollo y no en los países desarrollados. La evidencia indica que la "privación relativa" y no la pobreza absoluta es el elemento decisivo para comprender las desigualdades en salud en una Europa que está lejos de vivir en la pobreza aplastante de otras regiones del mundo. Muchas intervenciones en equidad en el campo de la salud tienen su impacto más importante a nivel de la comunidad. La evidencia demuestra que las personas adquieren una mayor capacidad para definir los problemas locales y resolverlos y la participación o implicación de la comunidad local es un factor clave del éxito³. En la **estrategia de Salud para todos en el siglo XXI** de la OMS⁴ se proponen como objetivos no sólo reducir las diferencias sanitarias entre países europeos sino también dentro de cada país, dado que las diferencias sanitarias relacionadas con el nivel de ingresos es uno de los más importantes factores determinantes de la salud. También a nivel local los equipos de Atención Primaria, mediante intervenciones de atención comunitaria, habrán de tener en cuenta las desigualdades en salud, identificando grupos de población más desfavorecidos y en exclusión social, buscando intervenciones eficaces y específicas dirigidas a ellos, buscando la equidad necesaria.

En España hay sobrados argumentos normativos que determinan que la atención comunitaria es una de las competencias y responsabilidades de los equipos de Atención Primaria. El Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud que inició la reforma del primer nivel asistencial e inició el desarrollo de la Atención Primaria, así como posteriores decretos de Comunidades Autónomas, establecen que es función del primer nivel asistencial la promoción de salud y la atención comunitaria. La Ley General de Sanidad 14/1986 establece claramente un nuevo modelo de atención primaria que pone énfasis en la integración de las actividades asistenciales con las de prevención y promoción de salud. En la más reciente Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003 se reitera que son función de la atención primaria las actividades de promoción de la salud y atención comunitaria. Refiriéndonos concretamente a los médicos de familia, el Real Decreto 3303/78 que desarrolla la especialidad y el programa de formación definen claramente competencias en promoción de salud y atención comunitaria y los tratados dirigidos y más consultados por los médicos de familia incluyen siempre capítulos sobre competencias de atención comunitaria^{5,6}. Así mismo, las revistas de formación continuada dirigidas a los médicos de familia siguen publicando artículos que revisan estrategias y metodologías⁷.

La justificación del desarrollo de la atención comunitaria desde la Atención Primaria parte de unas premisas que establecen un marco general sobre el que debería haber consenso entre profesionales y administraciones sanitarias⁷ (**Tabla III**). Por otra parte, una condición imprescindible para argumentar la pertinencia de las actividades de intervención y participación que han de configurar la atención comunitaria es la de conocer su eficacia⁸. Es necesario un análisis previo sobre los métodos adecuados para investigar la eficacia de la promoción de salud y la atención comunitaria. Sin desestimar el valor de los ensayos clínicos aleatorizados y doble ciego para demostrar la eficacia de ciertas intervenciones (tratamientos farmacológicos idealmente), en la mayoría de los casos no es ésta la metodología adecuada para conocer la eficacia de intervenciones de promoción de salud. La escasa aplicación de metodologías adecuadas como los ensayos comunitarios y técnicas cualitativas determinan la necesidad de un mayor desarrollo de la investigación en atención comunitaria que genere nuevos conocimientos. Aún así, existen varias e interesantes fuentes para conocer las actuales evidencias, lo que se aborda en otro artículo de éste monográfico ("Tendiendo puentes: De la evidencia científica a la práctica en las actividades de orientación comunitaria"). En un riguroso informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la Comisión Europea (partes 1 y 2) se revisan de forma sistemática las evidencias de la eficacia de la promoción de salud, en muchos casos desde sectores diferentes al sanitario³.

Situación actual y dificultades para la atención comunitaria en el ámbito de la Atención Primaria

La situación actual del desarrollo de la atención comunitaria en los equipos de Atención Primaria, aunque muy heterogénea, es en líneas generales deficitaria cuando no inexistente. Sin embargo, también son muchas las actividades de intervención y

participación comunitarias que se desarrollan en toda España, algunas de las cuales pueden conocerse a través de la Red de Actividades Comunitarias (RAC) del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la SEMFYC (**PACAP**)⁹. Para hacer propuestas que mejoren la situación actual es necesario en primer lugar conocer y analizar las dificultades existentes, tanto las originadas en los sistemas sanitarios como las que proceden de los propios profesionales, con frecuencia poco conscientes, cuando no escépticos, sobre el interés de la atención comunitaria (**Tabla IV**). El tema es del suficiente interés para abordarlo en profundidad en el tercer artículo del presente monográfico ("Contexto actual de la Atención Primaria: Dificultades y oportunidades para las actividades comunitarias").

¿La Atención Primaria en una encrucijada?

Con frecuencia y en épocas pasadas se ha planteado la atención comunitaria como contrapuesta a la atención individual, con afirmaciones como que "hay que salir de las consultas". Parecía que la encrucijada en la que podía encontrarse la Atención Primaria era la elección entre la atención individual en consulta o la comunitaria fuera del centro de salud. Desde hace muchos años se reflexiona y debate sobre las relaciones entre la atención individual en consulta y la comunitaria¹⁰ y aún hoy en día se siguen contraponiendo ambas como dos prácticas poco relacionadas. Uno de los más importantes y difíciles retos de la medicina de familia y comunitaria es, precisamente, no renunciar a la atención comunitaria sin descuidar la atención individual. Una de las estrategias para conseguirlo es reconocer y utilizar las muchas y concretas relaciones que se han de establecer entre ambas en la práctica cotidiana (**Tabla V**). Todos los problemas de salud que afectan a los pacientes se dan en un determinado contexto social y comunitario que influye tanto en las causas del problema como en las circunstancias que favorecen o dificultan su correcto abordaje, y su conocimiento ha de orientar su mejor atención. Se habla de "medicina centrada en el contexto comunitario" y de "historia clínica centrada en la comunidad", haciendo ver que puede hacerse una atención médica a cada persona en consulta con un enfoque comunitario, favoreciendo "microprocesos comunitarios" para la atención a los pacientes¹¹. El interés y utilidad de tener presente el contexto comunitario en la atención a las personas en la consulta se trata en profundidad en el último artículo de éste monográfico ("Atención médica individual con orientación comunitaria. Atención contextualizada: La figura es el fondo").

La encrucijada en la que se encuentra en la actualidad la Atención Primaria no es por tanto la necesidad de optar entre atención individual y comunitaria, estableciendo prioridades entre ambas. La verdadera encrucijada consiste en seguir planteando una Atención Primaria centrada en la prestación de servicios asistenciales a demanda de los pacientes, en función de una cartera de servicios preestablecida y uniforme, en la que el paciente sólo participa a través de la demanda individual de esos servicios y adopta una actitud pasiva como consumidor de éstos, mientras que los profesionales se posicionan como prestadores de esos servicios que se le demandan. Se trataría de una Atención Primaria centrada en la mejora de la salud de las personas que demandan atención y fundamentalmente por aquellos problemas por los que consultan, con puntuales intervenciones oportunistas de prevención, mediante un modelo de atención que inevitablemente tiene una orientación biomédica y no incide sobre los factores determinantes de la enfermedad ni busca resultados en salud del conjunto de la población a la que atiende.

Por el contrario, el otro camino que plantea la encrucijada es optar por una Atención Primaria cuyo objeto de atención es el conjunto de la comunidad a la que atiende y, lógicamente, las personas que forman parte de ésta, buscando resultados en salud mediante la identificación de los problemas y necesidades más prioritarios, tratando de influir sobre sus factores determinantes (habitualmente multicausales) mediante intervenciones no sólo asistenciales (necesariamente con un enfoque biopsicosocial) sino también de prevención y promoción de salud (necesariamente intersectoriales y con activa participación ciudadana). Se trataría de una Atención Primaria que plantea un modelo diferente de relación entre profesionales y ciudadanos que trata de evitar la dependencia de los segundos hacia los primeros, evitando la falsa creencia de que la salud depende fundamentalmente de los médicos y que intenta superar la concepción del ciudadano como mero consumidor de servicios sanitarios y del profesional como prestador de éstos. Se trataría de una Atención Primaria que procura que el ciudadano y sus organizaciones ocupen un papel protagonista en la promoción y cuidado de su salud. Los profesionales huirían de actitudes paternalistas fundamentadas en sus conocimientos científicos y técnicos, procurando el empoderamiento de la ciudadanía, de forma que sea capaz y tenga el poder para modificar y mejorar los factores determinantes de su propia salud, de forma que los ciudadanos pasarían de ser objetos pasivos receptores de atención a sujetos activos a favor de su propia salud. Y todo ello ha de tenerse presente por igual tanto en la atención individual en consulta (con orientación comunitaria) como en el desarrollo de actividades comunitarias de intervención y participación.

Serán los políticos, gestores, profesionales sanitarios y la propia ciudadanía los que finalmente influirán en las decisiones que determinen cual de los caminos se tome en la encrucijada que se presenta¹².

Los retos del futuro.

El verdadero y principal reto del futuro será precisamente el de decidir el camino que se recorrerá en la enrucijada descrita. Al elegir por la opción orientada a la comunidad y que contempla la atención comunitaria y la promoción de salud como competencias de la Atención Primaria habrán de tenerse en cuenta algunos elementos importantes.

Es necesario adecuar los servicios sanitarios y su prioridad a las necesidades reales de cada comunidad a la que se atiende y es función de los centros de salud identificarlos en colaboración con otros servicios y con la participación de los propios ciudadanos, mediante métodos contrastados en la metodología de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), que se desarrolla en un artículo de ésta monografía ("Metodología de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Elementos para la práctica"). No se cuestiona la necesidad de una cartera de servicios común a todos los centros de salud del territorio del Estado que garantice la equidad precisa, pero ello ha de ser compatible con la flexibilidad necesaria para el desarrollo de intervenciones y servicios que den respuesta a las necesidades propias de cada población. Las carteras de servicios uniformes y poco flexibles, comunes a todos los equipos y para todas las poblaciones representan una barrera para la adecuación de los servicios a necesidades cambiantes. Es imprescindible el reconocimiento formal de las actividades comunitarias como servicios a incorporar entre las prestaciones de los equipos de Atención Primaria, adecuándose siempre a necesidades identificadas.

Es fundamental conseguir la ya mencionada integración y complementariedad de la atención individual y la comunitaria, consiguiendo su fortalecimiento mutuo y concibiéndolas como partes inseparables y estrechamente relacionadas de la Atención Primaria de Salud. La atención individual en consulta habrá de tener un enfoque biopsicosocial y estar contextualizada, permitiendo iniciar "microprocesos comunitarios". En la práctica asistencial del médico de familia se ve diariamente cómo numerosos pacientes acuden a la consulta por problemas para los que frecuentemente no se tiene respuesta eficaz, por lo que el médico se limita a una labor de contención, cuando no a medicalizar un problema alejado de ser una enfermedad orgánica, por lo que se genera una importante utilización ineficiente de recursos y un preocupante desgaste y frustración profesional. Un gran reto de todo médico de familia es identificar las verdaderas demandas y necesidades de cada paciente que nos consulta y reconocer el auténtico problema que se oculta detrás de aquél que se hace explícito y que legitima socialmente acudir a la consulta del médico (mareos, dolores, flojedad, tristeza). La mejora de los citados problemas no puede abordarse fundamentalmente en el espacio de la consulta médica, ya que en ella únicamente se pueden compartir con el paciente posibles caminos a iniciar. Es entonces cuando surge la necesidad y el interés del aprovechamiento de otros servicios y recursos comunitarios que previamente han de conocerse y con los que el centro de salud se coordina. El correcto uso del liderazgo de los médicos de familia y otros profesionales sanitarios en la comunidad a la que atienden ha de dirigirse hacia el fortalecimiento de las asociaciones y organizaciones ciudadanas, como potenciales agentes de salud, y la consulta médica es un espacio adecuado para informar a los pacientes sobre su utilidad.

La Atención Primaria debe destinar mayores recursos y sus profesionales más esfuerzos para la promoción de la salud, procurando aumentar la capacitación y el acceso a la toma de decisiones de los ciudadanos y sus organizaciones para el cuidado de su salud y en las propuestas de mejora de los servicios sanitarios. Como horizonte de futuro debe favorecerse la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud (Carta de Ottawa, 1986)¹.

Una de las principales asignaturas pendientes es la de conseguir la coordinación y cooperación intersectorial tanto para la identificación y priorización de necesidades en salud como para intervenir sobre las mismas. Es también imprescindible alcanzar la implicación y colaboración mutua con las administraciones locales. En todo proceso comunitario con participación del sector sanitario ha de procurarse la participación conjunta y coordinada de los profesionales de los distintos servicios, las diferentes administraciones y los propios ciudadanos^{13,14}.

Para el inicio de todo proceso de intervención y participación comunitaria es imprescindible utilizar metodologías adecuadas y cubrir unas etapas que han de pasar necesariamente por la reflexión y el consenso interno dentro del equipo de Atención Primaria, tal como se describe en un artículo de la presente monografía ("Atención Primaria y procesos comunitarios: intervención y participación comunitaria"). Otro de los grandes retos es conocer que existen diferentes metodologías para la atención comunitaria y que éstas no sólo no son excluyentes sino que han de complementarse, como ocurre, además de con otras ya mencionadas, con la metodología de los Procesos Correctores Comunitarios que se describe en otro artículo de ésta monografía ("La Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios (ProCC).

Una de las principales barreras y limitaciones para la Atención Comunitaria son las deficiencias formativas para su correcto desarrollo, provocándose en ocasiones

intervenciones sin el imprescindible rigor metodológico, haciéndolas ineficaces y generando frustración entre los profesionales. La formación continuada y muy prioritariamente la formación postgrado en el programa de formación de medicina de familia es uno de los grandes retos del futuro inmediato y será determinante para el desarrollo de la atención comunitaria a corto plazo. La formación no ha de ir dirigida sólo a la adquisición de conocimientos y habilidades, siendo fundamental generar también actitudes favorecedoras.

La experiencia del desarrollo de la Atención Primaria en España ha demostrado el importante papel que pueden jugar los propios profesionales y sus organizaciones científicas más representativas. Es por ello que la SEMFYC viene desarrollando desde 1996 el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (**PACAP**)⁹ como estrategia favorecedora del desarrollo de la Atención Comunitaria.

